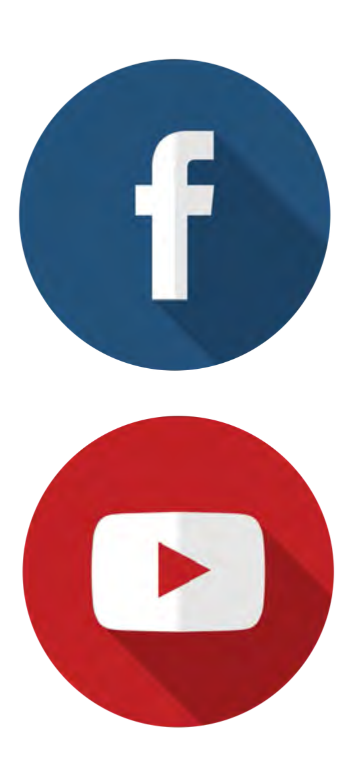
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful







ORD

1- CRISE AIGUE DEFERMETURE DE LANGLE IRIDO-CONEEN (CAFA) : Voir le cours sur les glaucomes

2- LES IRIDO CYCLITES = U A A :

- Inflammations de l'iris (iritis) et du corps ciliaire (cyclite) : on parle d'iridocyclite.
- C'est une **urgence thérapeutique** -Nécessité d'un bilan étiologique , bien que négatif dans plus de 50 % des cas !

➢ **Le diagnostic est CLINIQUE**

-**Rougeur + Douleur + BAV** - unilaterale ou bilatérale, souvent récidivante, parfois à bascule.

-L'examen à la lampe à fente retrouve :

- Un **cercle péri keratique(CPK)**
- Pupille **en myosis**
- des PRC = **précipités retro cornéens** (dépôts de cellules inflammatoires à la face postérieure de la cornée) .
- un phénomène de **Tyndall** : présence de protéines et de cellules inflammatoires circulant dans l'humeur aqueuse
- parfois des **synéchies postérieures** (irido cristalliniennes) responsables d'une **déformation pupillaire** ;
- sans oublier de rechercher des signes d'uvéite postérieure ou intermédiaire associés.

➢ **Etiologies :**

- **Infectieuses** : loco - régionales et générales / tuberculose , syphilis , HSV.....
- **Inflammatoires**: spondylarthropathies, LED, PR, Behcet, Crohn, sarcoidose....

➢ **Traitement :**

1- En urgence. 2- En ambulatoire.

3- Symptomatique :

- **Corticothérapie locale.**
- **Collyres mydriatiques:** prévenir et /ou rompre les synéchies postérieures.

4- Etiologique dés que c'est possible.

5- **Surveillance régulière et rapprochée jusqu'a guérison.**

Définition: Inflammation de l'uvée antérieure
Clinique : ORD + BAV +PRC + Tyndall +myosis + synéchies postérieures.
Examens complémentaires : Bilan inflammatoires, étiologique
Etiologies :
. *Infectieuses* : loco - régionales et générales / tbc, syphilis , HSV.....
.*inflammatoires*: spondylarthropathies, LED, PR, Behcet, Crohn, sarcoidose....
Traitement : - Corticothérapie locale. -Collyres mydriatiques: prévenir . - Etiologique dés que c'est possible.

3- LES KERATITES AIGUES :

- **Inflammation de la cornée** souvent **infectieuse** qui s'accompagne **d'ulcérations superficielles**.
- Risque principal : persistance d'opacités cornéennes.

➢ **Diagnostic : il est clinique :**

- Rougeur + Douleur + BAV (variable fonction de la proximité de l'atteinte de l'axe visuel)
- rechercher : oeil sec, syndrome viral , une notion de diabète , de traumatisme, de port de lentilles de contact .
- Examen : complet, ODG, comparatif

- CPK + myosis

- Ulcération cornéenne: La fluorescéine s'imprègne au niveau des zones de déficit épithélial (zones d'absence d'épithélium) les faisant apparaître vertes.

➢ **Formes étiologiques**

- **K. traumatique** : - Les ulcérations et les érosions cornéennes sont mises en évidence par l'instillation d'une goutte de fluorescéine. - Rechercher un corps étranger sous la paupière.
- **K. Virales :**

a) Kératite à adénovirus :

- Peut compliquer une conjonctivite à adénovirus : on parle de **kerato conjonctivite à adénovirus ou épidémique.**
- caractérisée par des petites ulcérations disséminées = Kératite Ponctuée Superficielle = KPS
-Des **opacités cornéennes** , à l'origine d'une BAV peuvent mettre plusieurs mois voire plusieurs années, à régresser .
-Le traitement est le même que pour la conjonctivite à adénovirus.

b) *Kératite herpétique :*

- Ulcération cornéenne d'aspect **typique**, de forme arborescente = **ulcère dendritique** , parfois plus étendue, en **carte de géographie .**
- Le traitement : **antiviraux locaux en collyre ou en pommade (en plus du traitement général de tous les ulcères),**
- L'évolution est le plus souvent favorable sous traitement, mais le risque est celui **des récidives** et **l'évolution vers une kératite profonde par atteinte cornéenne stromale pouvant laisser une BAV définitive.**

> - Une règle absolue : **ne jamais prescrire une corticothérapie locale devant toute ulcération** (risque d'aggraver l'ulcération voire de perforer la cornée)
> **-Kératite herpétique = contre – indication des corticoïdes locaux**

- **Kératites bactériennes, parasitaires et mycosiques**

- Clinique : il s'agit d'un **abcès cornéen = infiltrat blanchâtre intra cornéen**
- Il complique **une ulcération traumatique** ou une ulcération **sous une lentille de contact** (+++) .
- L'abcès cornéen diffuse souvent en chambre antérieure réalisant un **hypopion.**
- Le **prélèvement cornéen** avec **examen microbiologique** est *systématique* et une **mise en culture des lentilles de contact et de leur étui.**
- **TRT :** Une **hospitalisation** est nécessaire, **Double ATB thérapie IV + collyres ATB fortifiés toutes les heures**.
- **L'evolution :**
  - l'abcès peut s'**aggraver** (perforation cornéenne voire une endophtalmie)
  - ou **cicatriser** laissant en place une opacité cornéenne.

R ! En cas de port de lentilles de contact, se méfier d'une kératite amibienne .

- **Les kératites sur syndrome sec**

- **Sensation de grains de sable** , de corps étrangers .
- **Le diagnostic** repose sur :
  - un examen quantitatif et qualitatif de la sécrétion lacrymale.
  - La kératite est en général une **Kératite Ponctuée Superficielle : KPS**

- **L' étiologie** est le plus souvent : Une involution sénile des glandes lacrymales. - un syndrome de Gougerot-Sjogren.
-**La PEC** repose : -sur des substituts lacrymaux - une eviction les facteurs irritants comme le soleil (lunettes teintees)
-l'occlusion temporaire ou permanente des points lacrymaux.

- **Les kératites d'exposition**

- lors d'une paralysie faciale, la mauvaise occlusion palpébrale est responsable **d'une exposition cornéenne**
-**Le traitement =** prévention de la kératite par **les protecteurs cornéens .**
- Ces kératites peuvent nécessiter une **tarsorraphie** (suture des deux paupières réduisant la fente palpébrale.)

➢ **Traitement :** **Traitement général de tous les ulcères : (devant toute kératite aigue)**

-**Traitement médical en urgence**
-**Traitement symptomatique** :
  - Vitamine A en pommade ophtalmique
  - Pansement oculaire occlusif,
  - Substituts lacrymaux
  - Dilatation pupillaire

-**Mesures associées** :
- Arrêt du facteur favorisant (lentille de contact, corps étranger…..)
- lavage des mains…..
-Contre – indication des corticoides.

> **Facteurs de risque : Traumatisme, port de lentilles de contact**
>
> **Clinique : Rougeur + douleur + BAV + CPK + blepharospasme + larmoiement + photophobie = syndrome d'irritation du segment antérieur .**
>
> **Etiologies : Adénovirus (KPS, opacités cornéennes sequellaires), Herpes (Ulcération dendritique ou en carte de géographie) , K. bactériennes, parasitaires et fongiques (prélèvement local + mise en culture des LC et de leur etui).**
> **Kératite herpétique = contre – indication des corticoïdes locaux**

4- GLAUCOME NEOVASCULAIRE :

- Hypertonie oculaire secondaire a la prolifération de **neovaisseaux** en **segment antérieur ,** a caused'une **ischémie rétinienne** (rétinopathie diabétique, occlusion vasculaire rétinienne…..) et qui **bloquent** l'angle irido- cornéen empêchant l'excrétion de l humeur aqueuse**.**

- Cliniquement :

- **Rougeur + Douleur + BAV - Hypertonie oculaire - Semi-mydriase**
- Rubéose irienne (neo vaisseaux iriens).
- Neo vaisseaux dans l'angle iridi- cornéens.
- Signes d'ischémie au fond d oeil.
-

-**Le traitement** : traitement de l'ischémie rétinienne

5- L ENDOPHTALMIE : - Urgence thérapeutique !!!

- Infection oculaire **exogène** par inoculation directe du germe (chirurgie, traumatisme…), ou **endogène** par sepsis, bactériémie…

-Clinique : Rougeur + Douleur + BAV + Inflammation du segment antérieur et postérieur.

-CAT : EN URGENCE :

- Prélèvement microbiologique. pour examen, culture et antibiogramme
- Hospitalisation
- **ATB générale IV** (large spectre), puis adaptée a l'antibiogramme.
- **ATB locale en collyres et en injections intra oculaires.**
- **Corticothérapie locale et générale**
- Surveillance

6- LES SCLERITES

- **Inflammation localisée** au niveau de la sclère ; uni ou bilatérale.

- **La rougeur est en secteur et ne disparait pas à l'instillation d'un collyre vasoconstricteur .**

- **Douleur oculaire** surtout à la mobilisation du GO.

- Rechercher **une maladie de système** (***articulaire*** : SPA, PAR, LED, ***vasculaire*** : PAN, Wegener, Behcet, ***granulomateuse*** : BK, sarcoidose, infectieuse…..)

-**Traitement étiologique et anti-inflammatoire (AINS et CTC).**

N.B : Elle est classée par certains auteurs dans les ORND

7- LES EPISCLERITES

- Inflammation localisée à l'épisclére.

- **Rougeur** en secteur qui disparait après instillation d'un collyre vasoconstricteur

- **Douleur** oculaire modérée/ sclérite, -examen du segment antérieur normal.

- Rechercher une maladie de système en cas de récidive.

- traitement par AINS et / ou corticothérapie locale .

CONCLUSION :

-Dans la plupart des situations, un **ORND** peut être diagnostiqué et traité par le médecin généraliste.

-En cas de **traumatisme**, de **douleur oculaire** importante, de **photophobie**, d'un **trouble visuel**, de **maladie chronique**, de **récidive** ou **résistance au traitement**, une consultation ophtalmologique est indispensable. **La prescription des corticoïdes et des anesthésiques topiques** est **du domaine du spécialiste.** La **conjonctivite virale** est **hautement contagieuse** ; faire très attention pour ne pas la transmettre à d'autres patients ou à soi-même.